附件2

汕尾市基本医疗保险

定点零售药店申请表

申请单位(盖章）:

申请时间:

**二〇 年 月**

填 表 说 明

一、本表用黑色钢笔（签字笔）填写或计算机打印。申请单位应按表内要求认真填写，内容务必真实可靠，字迹应端正、清晰。

二、申请时提交本表一式一份。本表概不退回，由医保经办机构存查。

三、提交本申请表时，需附以下材料：

1.《营业执照》、《药品经营许可证》、《药品经营质量管理规范认证证书》复印件；

2.在职人员名册表，全体员工（含法人代表）的身份证复印件、劳动合同复印件、《在职人员参保人员花名册》原件；

3.药学专业技术人员的职称证书、执业证书复印件，营业人员从事药品经营工作的资格证明；

4.药品清单；

5.药店营业场所产权或租赁合同相关资料复印件；

6.医保经办机构规定的其他材料。

申请单位提交上述材料时，需提供各证件原件（或副本）核查。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | | |
| 《营业执照》号： | | 《药品经营质量管理规范认证证书》号： | | |
| 《药品经营质量许可证》号： | | | 药品经营许可证有效期： | |
| 法人代表(负责人)： | | | 联系电话： | |
| 经营性质（连锁直营/加盟/个体/其他）： | | | | |
| 营业场所属：  □租赁（租期：自 年 月起至 年 月 共 年）  □自有 | | | 营业场所使用面积： | |
| 开业时间： | | | 年均营业额： | |
| 经营地址： | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话（包括手机、店内固话） | |  |
| **药 店 基 本 情 况** | 药店总人数 人 | 药学专业技术人员数 人 | | 其中：中药师 人  西药师 人  执业药师 人 |
| 在售药品总数 种，其中：西药 种，中成药 种，中药饮片 种 | | | |
| 药品陈列 | 是否符合药品分类管理规定： | | |
| 分类标识及价格标牌是否清晰： | | |
| 是否受过工商、药监、物价等部门的处罚（加期限）： | | | |
| 能否提供食品药品监督管理部门检查合格的证明材料： | | | |
| 是否销售生活用品、食品、化妆品等商品： | | | |
| 能否提供药品进货、销售记录凭证： | | | |
| 能否为参保人提供购药明细清单： | | | |
| 销售处方药品是否按规定妥善保存处方资料： | | | |
| 是否具备与社保信息系统联网条件： | | | |
| 能否配备与基本医疗保险业务相适应的管理人员和设备： | | | |
| 有无规范的内部管理制度及健全的药品质量保障设施： | | | |
| **申 请 单 位 承 诺** | 本药店自愿申请承担基本医疗保险定点服务，并严格遵守国家、省、市基本医疗保险和零售定点药店有关规定。以上所填写及提交材料内容属实，如有虚假，愿意承担相应后果。  法人代表（签名）： （公章）  年 月 日 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **县级经办机构初审意见** | 经办人员（签名）： （公章）  负责人（签名）： 年 月 日 |
| **市级经办机构意见** | 经办人员（签名）： （公章）  负责人（签名）： 年 月 日 |

**注：**1.自接受申请材料次月起10个工作日内进行材料初审，对材料齐全的予以填写材料审查情况及经办机构意见，同意申请的须出具受理回执，并将本申请书汇入医疗机构申请材料中按规定上报。

2.材料不齐全或不符合要求的，经办机构应在5个工作日内填写《申请材料补正通知书》一次性告知申请单位需补正的材料；申请单位按规定予以补正材料的，按以上第1点进行审核受理。